



**Städtisches Klinikum
Dessau**

Akademisches Lehrkrankenhaus mit Hochschulabteilungen der
Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane

Anmeldung zur Heimaufnahme

Altenpflegeheim
„Am Georgengarten“
Georgenallee 41
06846 Dessau-Roßlau
☎ 0340 501-3900
📠 0340 501-3901

Name, Vorname: _____	
Geburtsname: _____	Familienstand: _____
Geburtsdatum: _____	Geburtsort: _____
Konfession: _____	Staatsangehörigkeit: _____
Hauptwohnsitz: Straße, Hausnr.: _____	
PLZ, Ort: _____	
Telefon: _____	
Derzeitiger Aufenthalt: Bezeichnung: _____	
Anschrift: _____	
Telefon: _____	
1. Angehöriger:	Name, Vorname: _____
	Straße, Hausnr.: _____
	PLZ, Ort: _____
	Telefon: _____ Handy: _____
	Verwandschaftsgrad: _____
2. Angehöriger:	Name, Vorname: _____
	Straße, Hausnr.: _____
	PLZ, Ort: _____
	Telefon: _____ Handy: _____
	Verwandschaftsgrad: _____
Krankenkasse: _____ Versicherten-Nr.: _____	
Rezeptgebühren befreit: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Pflegebescheid:	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor <input type="checkbox"/> ist beantragt
für:	<input type="checkbox"/> ambulante Pflege <input type="checkbox"/> stationäre Pflege
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Höherstufung beantragt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Betreuung, Vollmacht:	
Besteht eine gesetzliche Betreuung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ist beantragt	
Liegt eine private/notarielle Vollmacht vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Name, Vorname: _____	
Anschrift: _____	
Telefon: _____	

Patientenverfügung: <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor
Hausarzt: Name: _____
Übernimmt der Arzt nach Aufnahme im Heim die Behandlung weiter? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kostenträger: <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Sozialhilfe
Unterbringungswunsch: <input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer
Aufnahmetermin: _____
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? <input type="checkbox"/> behandelnder Arzt/Krankenhaus <input type="checkbox"/> Bekannte <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> sonstige: _____

Hinweise (krankheits- oder pflegebedingte Besonderheiten):

Diese Anmeldung ist unverbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen sowie das ärztliche Zeugnis liegen bei.
Ort, Datum: _____
Unterschrift des Antragstellers: _____

Für Vermerke der Einrichtung: _____
Aufnahme geplant am: _____
Übernahme von: _____
Wohnbereich: _____
Zimmer: _____

